

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1970

n°

469

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

D U T H U Anne Marie

Née le 25 novembre 1937 à Paris

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

- L'ATELIER SOCIAL DE LA REGIE RENAULT
- ETUDE DU RECRUTEMENT ET DU DEVENIR DES HANDICAPES
APRES MALADIE OU ACCIDENT .
- BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT LES TRAVAILLEURS HANDICAPES.

Président: Monsieur le Professeur H. DESOILLE

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1970

n°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T e n M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

D U T H U Anne Marie

Née le 25 novembre 1937 à Paris

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

- L'ATELIER SOCIAL DE LA REGIE RENAULT
- ETUDE DU RECRUTEMENT ET DU DEVENIR DES HANDICAPES
APRES MALADIE OU ACCIDENT .
- BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT LES TRAVAILLEURS HANDICAPES.

Président: Monsieur le Professeur H. DESOILLE



A Monsieur le Professeur H. DESOILLE

Professeur Titulaire de la Chaire de Médecine
du Travail à la Faculté de Médecine de Paris.

Directeur de l' Institut d'Hygiène Industrielle
et de Médecine du Travail .

Je le remercie de l'honneur qu'il
m'a fait en acceptant la présidence de cette
thèse .

A Monsieur le Docteur A. CAVIGNEAUX
Médecin Chef à la Caisse Régionale de Sécurité
Sociale, service des Maladies Professionnelles.

Je le remercie de m'avoir guidée au
long de ce travail et le prie de
bien vouloir trouver ici l'expression
ma reconnaissance .

Au personnel de la Bibliothèque de la Chaire
de Médecine du Travail à la Faculté de
Médecine de Paris .

Je le remercie de l'amabilité
qui m'a été témoignée .

A Monsieur le Docteur J. CHEVROLLE, Médecin-
Conseil, Médecin Chef des services Médicaux
du Travail de la Régie Renault, à **Billancourt**

Je le remercie de m'avoir permis
de faire cette étude et lui exprime
ici toute ma gratitude .

A Monsieur le Docteur F. MIROT, Médecin
du Travail ,
responsable de l' Atelier Social de la
Régie Renault,

A Mesdames, a Messieurs les Médecins du
Travail de la Régie Renault,

Je les remercie de m'avoir accueillie
dans leurs services et de m'avoir
facilité ce travail .

A la mémoire de ~~ma~~ Mère,

A ma Marraine .

A tous ceux dont l'amitié m'a aidée,

- L'ATELIER SOCIAL DE LA REGIE RENAULT
- ETUDE DU RECRUTEMENT ET DU DEVENIR DES HANDICAPES
APRES MALADIE OU ACCIDENT
- BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT LES TRAVAILLEURS HANDICAPES

L'Atelier Social de la Régie Renault de Billancourt a été créé en 1951, dans le cadre même de l'usine .

La Direction répondait ainsi, longtemps à l'avance, aux exigences de l'article 7 de la loi du 23 novembre 1957 qui stipule que : " tout établissement ou groupe comprenant plus de 5.000 ouvriers doit assurer, après avis médical, le réentraînement, la rééducation au travail des malades et blessés de l'établissement ". En outre la Régie élargissait la prescription législative puisqu'elle prévoyait l'accès de l'Atelier à trois catégories d'ouvriers regroupés en deux sections: réentraînement à l'effort et travailleurs âgés .

I- RECRUTEMENT DE L'ATELIER

Sont admis:

a) Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, qui présentent à leur reprise de travail des séquelles non compatibles avec les cadences ou horaires normaux de travail .

b) Les ouvriers accidentés en dehors du travail ou victimes de maladies autres que professionnelles, qui répondent aux conditions précitées .

Pour ces deux premières catégories, l'Atelier permet un réentraînement progressif aux conditions normales de travail pendant une période plus ou moins longue mais limitée: c'est la Section de Réentraînement à l'effort.

Notons que, pour les sujets accidentés, l'admission ne peut se faire qu'à un certain degré de réadaptation fonctionnelle, la physiothérapie n'étant pas pratiquée dans le cadre de l' Atelier .

c) Les personnes âgées de plus de 55 ans, qui lors de visites périodiques , ou au retour de maladie, sont jugées inaptes au travail en atelier normal , même à des postes légers. Elles restent à l' Atelier Social, jusqu'à leur départ en retraite, souvent anticipée . L'âge de 55 ans peut être abaissé dans certains cas . Il ne s'agit plus de réentraînement à l'effort mais de travail adapté aux possibilités du troisième âge . C'est la Section "travailleurs âgés" .

d) Il faut enfin ajouter quelques grands déficients visuels admis à titre permanent à l' Atelier ou ils effectuent dans un cadre protégé un travail adapté à leur handicap .

L'Atelier peut, actuellement, recevoir 180 ouvriers.

II- PROCESSUS D'ADMISSION

a) Pour la Section réentraînement, elle se fait sur avis conjoints du médecin du travail qui suit habituellement l'ouvrier et du médecin responsable de l'Atelier Social. Une demande de prise en charge est faite auprès du Service de Reclassement de la rue du Château d' Eau, dépendant de la Sécurité Sociale, cet organisme indemnise en partie la Régie des frais de stage de l'ouvrier .

b) Pour la Section " travailleurs âgés ", l'admission est décidée après confrontation du médecin du travail suivant l'ouvrier et du médecin chargé de l' Atelier Social, après qu'ils se soient assurés auprès des services de mise en place de l'usine, que ces personnes âgées ne pouvaient travailler aux postes peu pénibles disponibles dans l'usine .

Nous avons dit que l'âge qui est en principe de 55 ans peut être abaissé jusqu'à 50 ans, sur avis médical, et même en dessous .

Lors de l'admission, une note informe les services administratifs et médicaux intéressés de l'usine, de cette décision .

III- DUREE DU STAGE - HORAIRES DE TRAVAIL

Le stage peut être effectué à plein temps ou à mi-temps.

a) Pour la Section " réentraînement à l'effort ".

la durée est en principe de 3 à 6 mois à temps plein
de 3 mois à mi-temps

Le médecin responsable de l'Atelier Social peut prolonger ces durées .

Les horaires sont :

A la suite de maladie: 40 heures à temps plein
30 heures à mi-temps

A la suite d'accident ou de
maladie professionnelle 45 heures à temps plein

b) Pour la Section "travailleurs âgés"

La durée du stage est limitée par le départ en retraite

Les horaires sont: 40 heures à temps plein
20 heures à mi-temps

IV- GARANTIES SALARIALES et SOCIALES

a) Pour la section réentraînement à l'effort un contrat de réadaptation est conclu avec la Sécurité Sociale .

Aux termes de ce contrat, la Régie s'engage à garder l'intéressé après sa sortie de l'Atelier de réadaptation- pour une durée égale au double de celle du stage - l'ouvrier s'engage à rester à l'usine dans les mêmes conditions.

Il y a maintien pendant le stage :

- de la classification (ONS, OS, OP).
- de la catégorie professionnelle (OS1 ,OS2)
- du coefficient de prime
- du taux horaire du poste occupé avant la maladie .

Il y a de plus intégralité de primes accordées par la Direction, même pour les travailleurs à mi-temps. Toutefois dans les suites de maladies non professionnelles, lorsque le Service Médical estime que le reclassement ne pourra être effectué dans un emploi équivalent, le taux horaire sera ramené à un taux inférieur moyen fixe , sauf pour le personnel âgé de 50 à 55ans.

b) Pour la section travailleurs âgés

1) Ouvriers âgés de plus de 55 ans

maintien jusqu'à cessation d'activité :

- de la classification
- de la catégorie professionnelle
- du coefficient de prime
- du taux horaire

Pour les professionnels, il y a perte de l'indemnisation horaire des conditions de travail (prime de risque attribuée à certains travaux exposés)

2) Ouvriers âgés de 50 à 55 ans

La première année, mêmes conditions qu'au paragraphe 1
ensuite:

pour les OS classification.

catégorie professionnelle

coefficient de prime

taux horaire

propres à l'Atelier Social : OS2, avec un taux horaire laissé à l'appréciation de la hiérarchie .

Mais si la perte sur le taux horaire est égale ou supérieure à F 0,20, l'intéressé bénéficiera de son ancien taux diminué de 0,20.

Pour les professionnels, actuellement assimilés OS . . une étude est en cours .

3) Il faut noter que les travailleurs âgés bénéficiaires d'une invalidité I ou II sont susceptibles d'obtenir une inaptitude totale au travail à l'âge de 60 ans .

V- ORGANISATION PRATIQUE

L'Atelier est dirigé par un chef d'atelier et deux contremaîtres. Sa structure est par ailleurs identique à celle d'un atelier normal.

La surveillance médicale incombe à un médecin attaché spécialement à l'Atelier . Il est chargé des admissions, des examens périodiques. Il décide de la reprise en atelier normal . La surveillance médicale se fait en liaison avec les différents services médicaux, techniques, de l'usine .

Les travaux effectués en Atelier se divisent :

- en travaux sur table : contrôle, préparation, classement de documents .

Ces travaux permettent une position assise ou debout.

- en travaux sur machines: tours, perceuses, tronçonneuses, taraudeuses, aléseuses, petits meulages, rectifieuses .

Les machines sont équipées à droite ou à gauche selon le handicap et permettent d'obtenir des cadences de travail réglables et progressives . La position peut être assise ou debout .

Pour les diminués visuels, des postes de travail à activité uniquement tactile ont été aménagés .

La production de l'Atelier est effective, les pièces fabriquées sont utilisées au montage des voitures . Cette production est globale . Il n'y a pas de contrôle de production individuelle .

VI- BILAN

Le Docteur François MIROT, responsable de l'Atelier Social et qui a bien voulu nous communiquer l'essentiel des données précédentes, a dressé fin 1969, le bilan des admissions depuis 1951.

1800 ouvriers ont été admis

- 1200 dans la section réentraînement
- 600 dans la section travailleurs âgés

Pour l'année 1969, l' Atelier Social a reçu:

- 69 ouvriers dans la section réentraînement
- 84 ouvriers dans la section travailleurs âgés

contre 91 et 41 dans les mêmes sections en 1966.

On assiste donc à une augmentation du recrutement pour la section travailleurs âgés, souvent admis bien avant 55 ans. Alors qu'on nous parle d'un allongement de la durée de vie, il semble bien qu'il y ait parallèlement un vieillissement prématuré de l'ouvrier .

ETUDE DU RECRUTEMENT ET DU DEVENIR DES HANDICAPES APRES MALADIE OU ACCIDENT

L'étude suivante a été faite à partir de 114 dossiers
établis par les consultations de médecine du travail de la
Régie Renault . Il s'agit uniquement de travailleurs du sexe
masculin .

- 91 dossiers concernant des ouvriers admis à l'Atelier Social
en section de réentraînement après accident survenu ou non
dans le cadre du travail, ou maladie .

- 23 dossiers concernant des travailleurs âgés devenus inaptes
à tout emploi même légers, dans le cadre des horaires et
cadences normales de travail.

Un recul de 3 ans par rapport à l'époque du stage
à l' Atelier Social a été pris afin de pouvoir juger du
devenir des ouvriers .

Dans une première partie nous étudierons la popula-
tion annuelle type de l' Atelier Social, en section de réen-
traînement, selon des critères sociaux, professionnels,
médicaux et le devenir .

I- Critères sociaux - administratifs

- nationalité
- situation familiale
- scolarisation
- formation professionnelle

II- Critères professionnels

- formation professionnelle
- qualification
- ancienneté au moment de l'arrêt de travail

III- Critères médicaux

- âge des sujets malades ou accidentés
- nature du handicap
- circonstances de survenue du handicap

- durée des arrêts de travail
- durée du stage de réentraînement à l'effort
- fréquence et importance des invalidités.

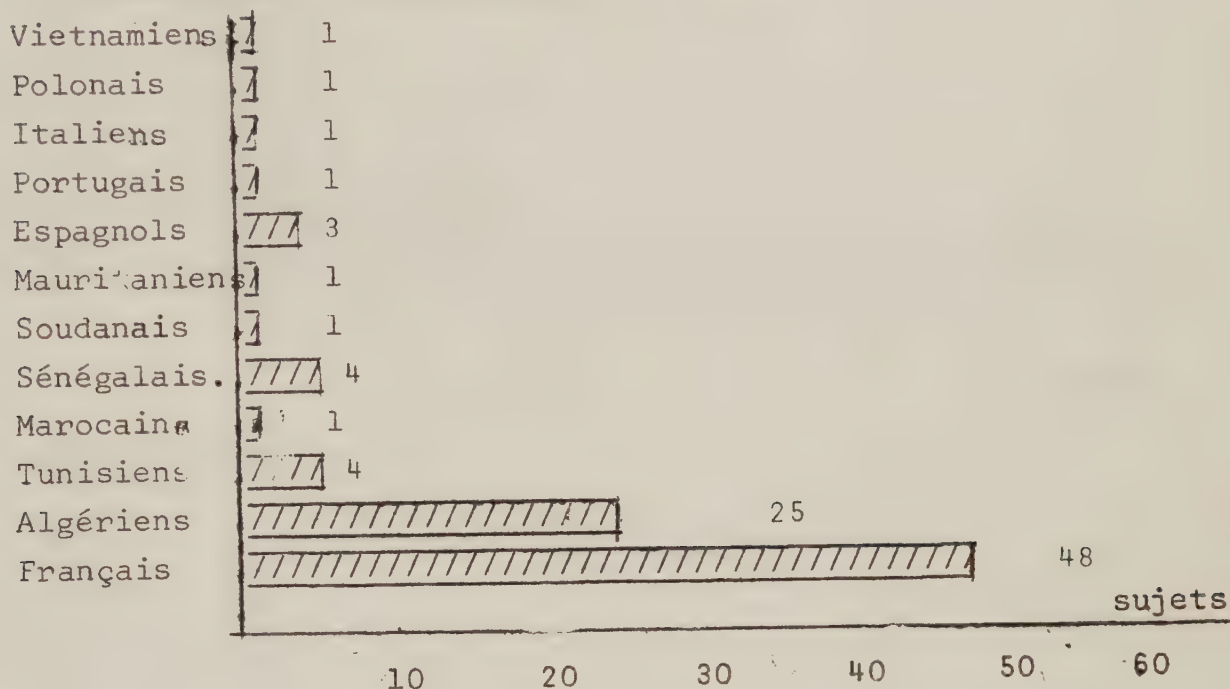
IV- Devenir des ouvriers après le stage de réentraînement à l'effort

Dans une seconde partie nous étudierons plus brièvement le recrutement de la section " travailleurs âgés "

I- LA SECTION REENTRAINEMENT A L'EFFORT

I- DONNEES ADMINISTRATIVES

A) Nationalité. - Selon l'origine Ethnique



Soit:

52,7% Français	4,4% Sénégalais	1,1% Italiens
27,4% Algériens	1,1% Mauritanien	3,3% Espagnols
4,4% Tunisiens	1,1% Soudanais	1,1% Portugais
1,1% Marocains	1,1% Polonais	1,1% Vietnamiens

Au sens administratif

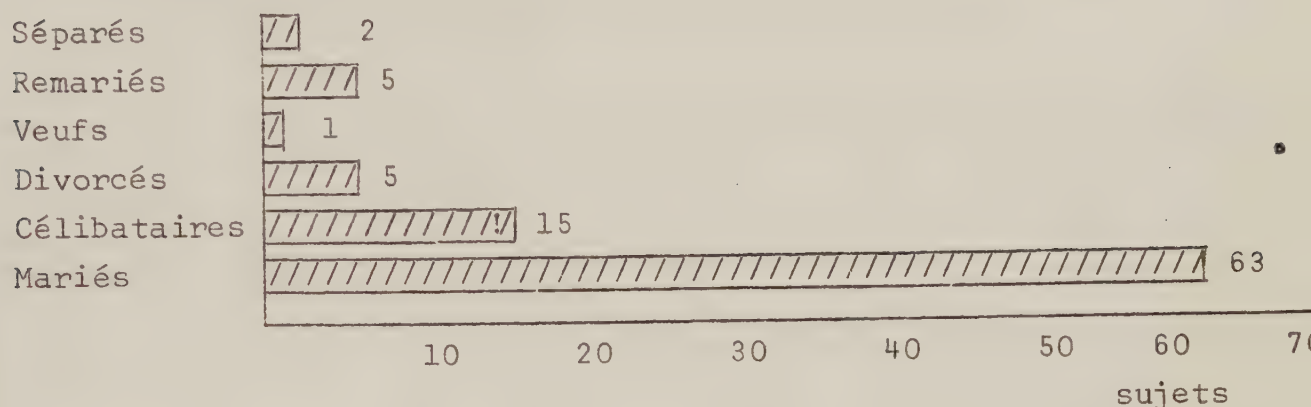
On trouve:

71	soit	78% Français
dont 23	soit	25,2% d'ethnie algérienne
		2,2% A.F.N et autres

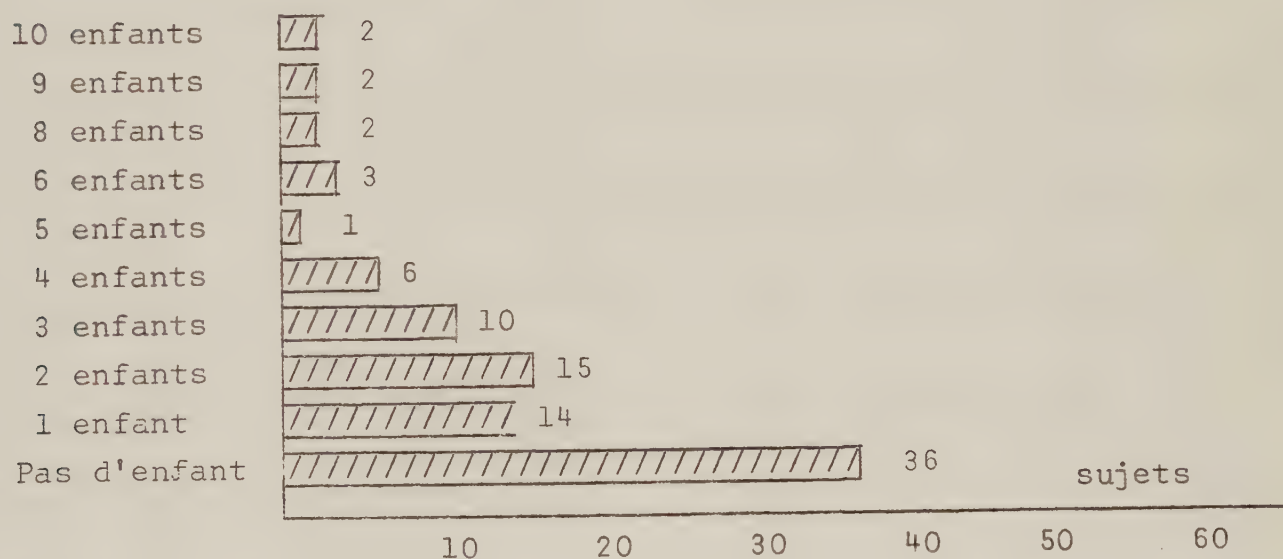
Le reste comme ci-dessus.

Derrière les Français, c'est donc l'ethnie Nord Africaine qui est la plus largement représentée .

B- Situation familiale



C- Nombre d'enfants



Soit:

39,5% d'ouvriers sans enfant

15,3% d'ouvriers avec 1 enfant

16,4% d'ouvriers avec 2 enfants

10,9% d'ouvriers avec 3 enfants

6,5% d'ouvriers avec 4 enfants

1,1% d'ouvriers avec 5 enfants

3,3% d'ouvriers avec 6 enfants

2,1% d'ouvriers avec 8 enfants

2,1% d'ouvriers avec 9 enfants

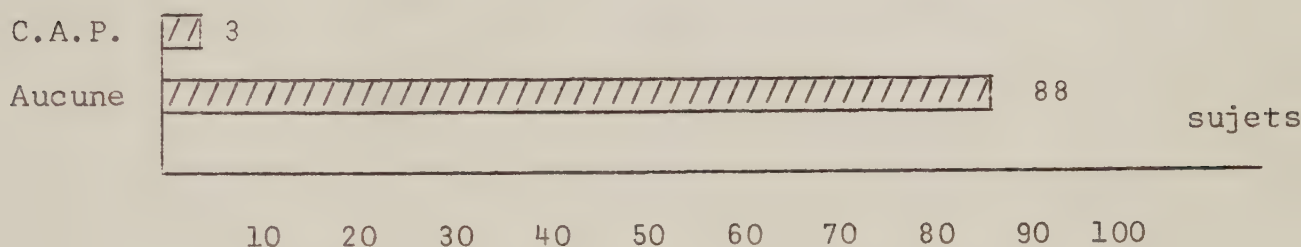
2,1% d'ouvriers avec 10 enfants

POUR LES 91 SUJETS, LE NOMBRE D'ENFANTS SE REPARTIT COMME
SUIT PAR RAPPORT A LEUR SITUATION CIVIQUE

Nombre d'enfants	Célibataires	Mariés	Divorcés	Veufs	Remariés	Séparés.
0	14	18	2			1
1		10	2		2	
2		13			1	1
3		9			1	
4		6				
5		1				
6		2			1	
8		2				
9		2				
10	1	0	1			

II DONNEES PROFESSIONNELLES

A) Formation professionnelle

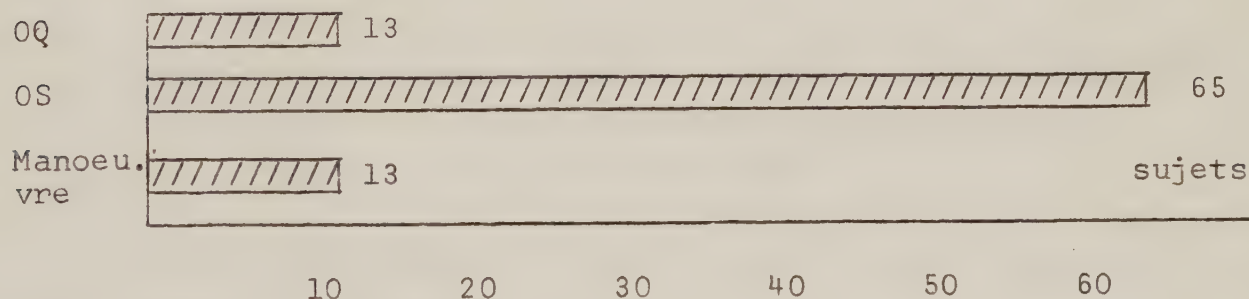


Soit: 3,3% possédant un C.A.P.

et 96,7% ne possédant pas de formation professionnelle

Ce graphique montre l'absence presque totale de formation professionnelle avant l'entrée à l'usine .

B- Qualification



soit: 14,3% d'ouvriers qualifiés

71,4% d'ouvriers spécialisés

et 14,3% de manoeuvres .

Ces ouvriers se répartissent ainsi :

13 manoeuvres	5" M 2" 8" M 209"	Ces subdivisions représentant des échelons croissants de la
65 OS	1 ROS 1 OS1 63 OS2	1ère à la dernière .
6 P 1 (OQ)		
7 P 2 (OQ)		

On voit donc que l'absence de formation professionnelle avant la mise au travail n'est pas parallèle à l'acquisition
d'une certaine compétence dans le cadre du travail .

Nous avons d'ailleurs noté que les 3 ouvriers munis de C A P ont eu des destinées assez différentes :

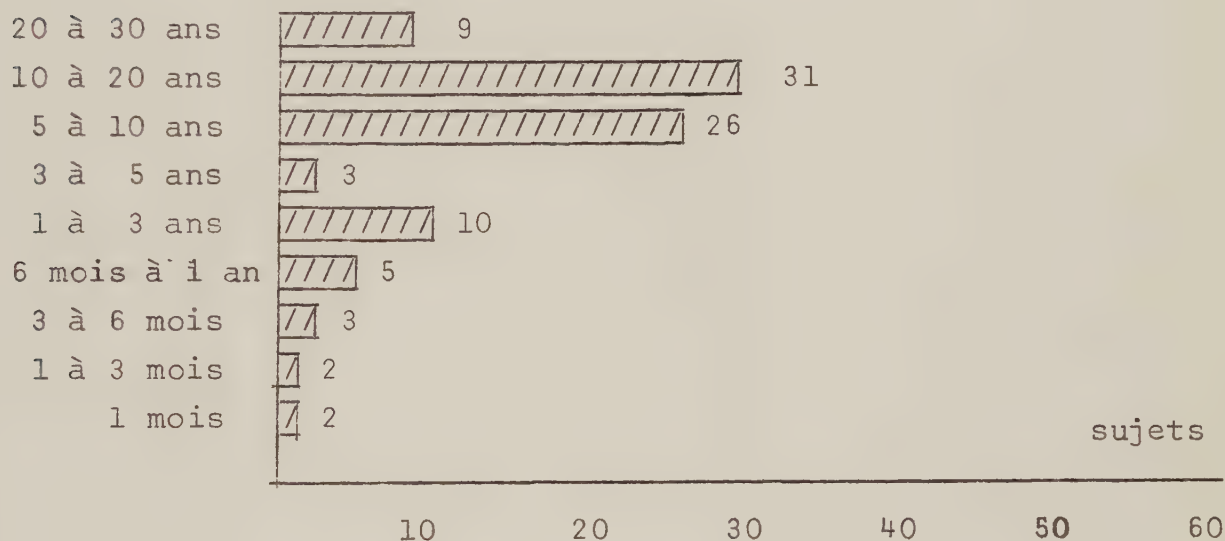
- 2 sont ouvriers qualifiés
- 1 est manoeuvre

Nous n'avons malheureusement pu obtenir de renseignements suffisamment précis en ce qui concerne la scolarisation, pour pouvoir dresser de pourcentage précis .

Les médecins du travail consultés qui ont une assez bonne connaissance des ouvriers, considèrent que:

52% sont du niveau du C E P
27% ont une scolarisation du niveau 10-12 ans
21% ont une scolarisation quasi nulle .

C- Ancienneté dans l'entreprise au moment de l'arrêt de travail
ayant motivé le stage à l' Atelier Social



On est frappé par la haute fréquence des grandes anciennetés

13,2% au dessus de 1 an
14,3% entre 1 et 5 ans
28,5% entre 5 et 10 ans
34% entre 10 et 20 ans
9,9% au dessus de 20 ans

III- DONNEES MEDICALES

A) Age des sujets malades ou accidentés .

de 60 à 65 ans	1 cas
de 55 à 60 ans	4 cas
de 50 à 55 ans	15 cas
de 45 à 50 ans	16 cas
de 40 à 45 ans	17 cas
de 35 à 40 ans	12 cas
de 30 à 35 ans	10 cas
de 25 à 30 ans	9 cas
de 20 à 25 ans	6 cas
de 15 à 20 ans	1 cas

C'est donc entre 40 et 55 ans que se situe la plus grande vulnérabilité .

Nous verrons plus loin le rapport entre : âge et étiologie du handicap .

3° L'âge se répartit comme suit en fonction des principales étiologies.

		Tranche d'âge en années .									
		15 à 20	20 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	40 à 45	45 à 50	50 à 55	55 à 60	60 à 65
ons natiques											
ctions cales	Crâne			2		1	1	1	2		
	Tronc					2	1		1		
	Membre Sup.	1	2	2	3		1	5	2		
	Membre Inf.				1	1	2	2		1	
	Poly-traumatismes						2				
	Tuberculose		5	4	5	6	6	7	7	2	
	Affections médiastinales						1	2			
	Cardiopathies						1	1	1		
	Comitialité					1	1		2		
	Troubles pys- chiatriques						1	1			
	Ethylisme					1	3	1	2	1	
	Rhumatologie et ostéopathies				1		1				
	Gastro-entéro								1		

(La totalité des cas cités excède les 91 dossiers étudiés, certaines étiologies étant intriquées).

Dans les deux tableaux précédents

- La fréquence élevée de la tuberculose (46%) apparaît nettement .

Parmi 42 cas de tuberculose nous avons noté :

- 29 cas de manifestations pulmonaires primitives (du moins connues)
- 4 cas de rechute de tuberculose pulmonaire
- 3 cas de tuberculose extra-pylmonaire
 - 1 cas de tuberculose rénale
 - 1 cas de tuberculose cervicale opérée
 - 1 cas de tuberculose génitale opérée
- 6 cas de tuberculose s'accompagnaient d'éthylisme patent

Sur ces 42 cas ,les Ethnies atteintes sont:

dans 19 cas : la France
14 cas : l'Afrique du Nord
5 cas : le reste de l' Afrique
1 cas : l'Espagne
1 cas : la Turquie
1 cas : la Pologne
1 cas : le Vietnam

Cette prépondérance de l'Ethnie française n'est cependant qu'apparente car si nous rapportons la fréquence des atteintes, aux populations respectives de l'Atelier nous relevons:

- 19 cas de tuberculose pour 48 français
 - 14 cas de tuberculose pour 30 A.F.N.
 - 5 cas de tuberculose pour 6 africains et autres
- et constatons donc la plus grande réceptivité des africains à la tuberculose .

Nous avons pensé qu'il était intéressant d'étudier la fréquence de survenue de la tuberculose en fonction des âges .

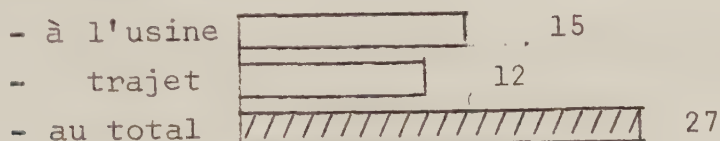
Nous avons relevé sur 42 cas

- 5 cas de 20 à 25 ans
- 4 cas de 25 à 30 ans
- 5 cas de 30 à 35 ans
- 6 cas de 35 à 40 ans
- 6 cas de 40 à 45 ans
- 7 cas de 45 à 50 ans
- 7 cas de 50 à 55 ans
- 2 cas de 55 à 60 ans

Mais des Français font beaucoup plus fréquemment de tuberculose au delà de 40 ans, et les Africains au dessous .

C) CIRCONSTANCES DE SURVENUE DU HANDICAP

Accidents de travail



Accidents non professionnels



Maladies non professionnelles



Nombre de cas

Soit:

10

20

30

40

50

61,5 % maladies non professionnelles

8,8% accidents non professionnels

29,7% accidents du travail

dont 16,5% au travail

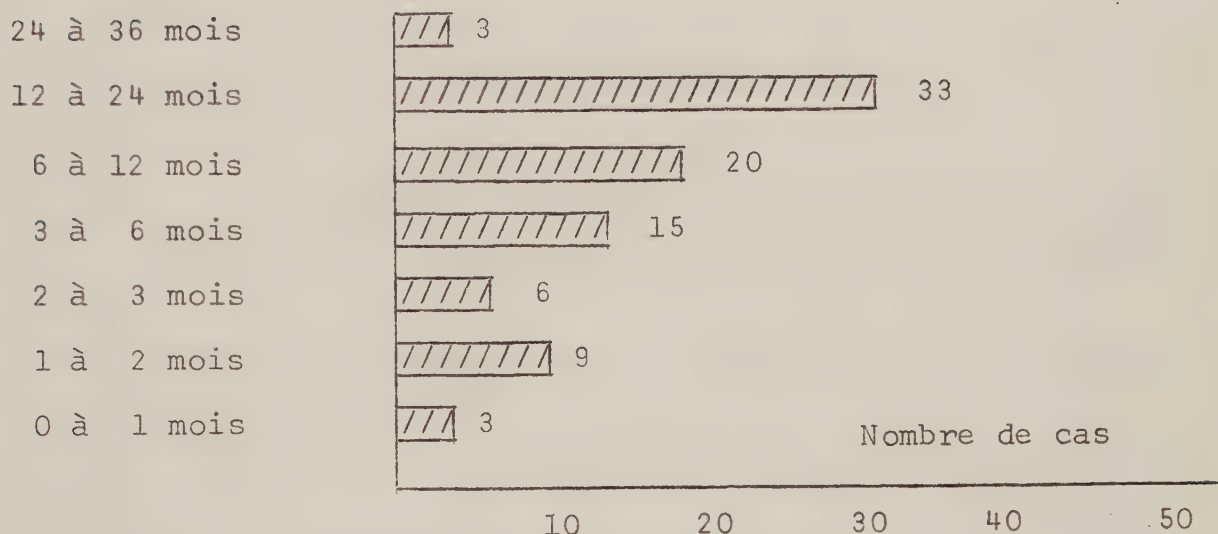
13,2% de trajet

La maladie apparait 1,6 fois plus invalidante que l'accident.

En ce qui concerne les accidents du travail on ne peut être que frappé par la relative grande proportion des accidents du trajet . (parmi lesquels nous avons noté 3 bagarres).

Nous verrons plus loin leur gravité relative par rapport aux accidents survenus au travail .

D- Durées des arrêts de travail



Arrêts fréquents et de courte durée : 2 cas

Ce sont donc les absentéismes de longue durée qui sont les plus fréquents.

- 36,2% d'arrêts de 12 à 24 mois
- 21,9% d'arrêts de 6 à 12 mois .

Nous avons résumé dans le tableau suivant le rapport existant entre les durées d'arrêt de travail et les principales causes d'arrêt .

Les rubriques concernant l'éthylisme, la comitialité, les troubles psychiatriques sont difficilement individualisables, ces étiologies se confondant souvent avec d'autres, telles tuberculose ou trauma crâniens, avec éthylisme ou comitialité .

E- RAPPORT ENTRE DUREES D'ARRET DE TRAVAIL ET ETIOLOGIES

	Arrêt de (en mois)							
	0 à 1	1 à 2	2 à 3	3 à 6	6 à 12	12 à 24	24 à 36	fré quents
Trauma. Ac travail		6	2	5	1	1		
Trauma Ac . trajet			3	5	2	1		1
Trauma autres et interv. chirurg.	1	3	1	2	1	1		
Tuberculose				1	12	27	2	
Aff.pulm. médiast.					2	1		
Cardio- pathies				1	1	1		
comitialité associée			1		2			1
Tr.Psychia- triques					1			1
Ethylisme isolé ou associé					2	4	1	1
Rhumatologie Ostéopathie						1	1	

C'est naturellement la tuberculose qui apparait la plus invalidante et en fréquence - et en durée d'arrêt .

F- PHYSIOTHERAPIE AVANT LE STAGE DE REENTRAINEMENT A L'EFFORT

Nous manquons malheureusement de données précises concernant ce fait pourtant essentiel . Nous savons en effet l'importance d'une rééducation précoce et bien conduite . Les dossiers que nous avons eu l'occasion de consulter mentionnaient une rééducation dans tous les cas de traumatismes de quelque importance, pendant et parfois après l'hospitalisation. Mais nous n'avons pu obtenir aucune donnée précise sur les dates de début et les durées de ces réadaptations. Signalons ici que l'Atelier Social ne reçoit les ouvriers que parvenus à un stade suffisant de rééducation fonctionnelle puisque la physiothérapie médicale n'existe pas dans le cadre même de l'atelier ou seule la rééducation professionnelle est visée .

G- DUREES DU STAGE DE REENTRAINEMENT A L'EFFORT

7 malades ont fait un stage de 1 mois
8 malades ont fait un stage de 2 mois
14 malades ont fait un stage de 3 mois
7 malades ont fait un stage de 4 mois
8 malades ont fait un stage de 5 mois
16 malades ont fait un stage de 6 mois
8 malades ont fait un stage de 7 mois
2 malades ont fait un stage de 8 mois
1 malade a fait un stage de 9 mois
4 malades ont fait un stage de 10 mois
3 malades ont fait un stage de 11 mois
2 malades ont fait un stage de 12 mois
6 malades ont fait un stage de 1 à 2 ans
3 malades ont fait un stage de 2 à 3 ans
2 malades ont fait un stage de 3 ans ou plus

Les durées les plus fréquemment rencontrées sont donc

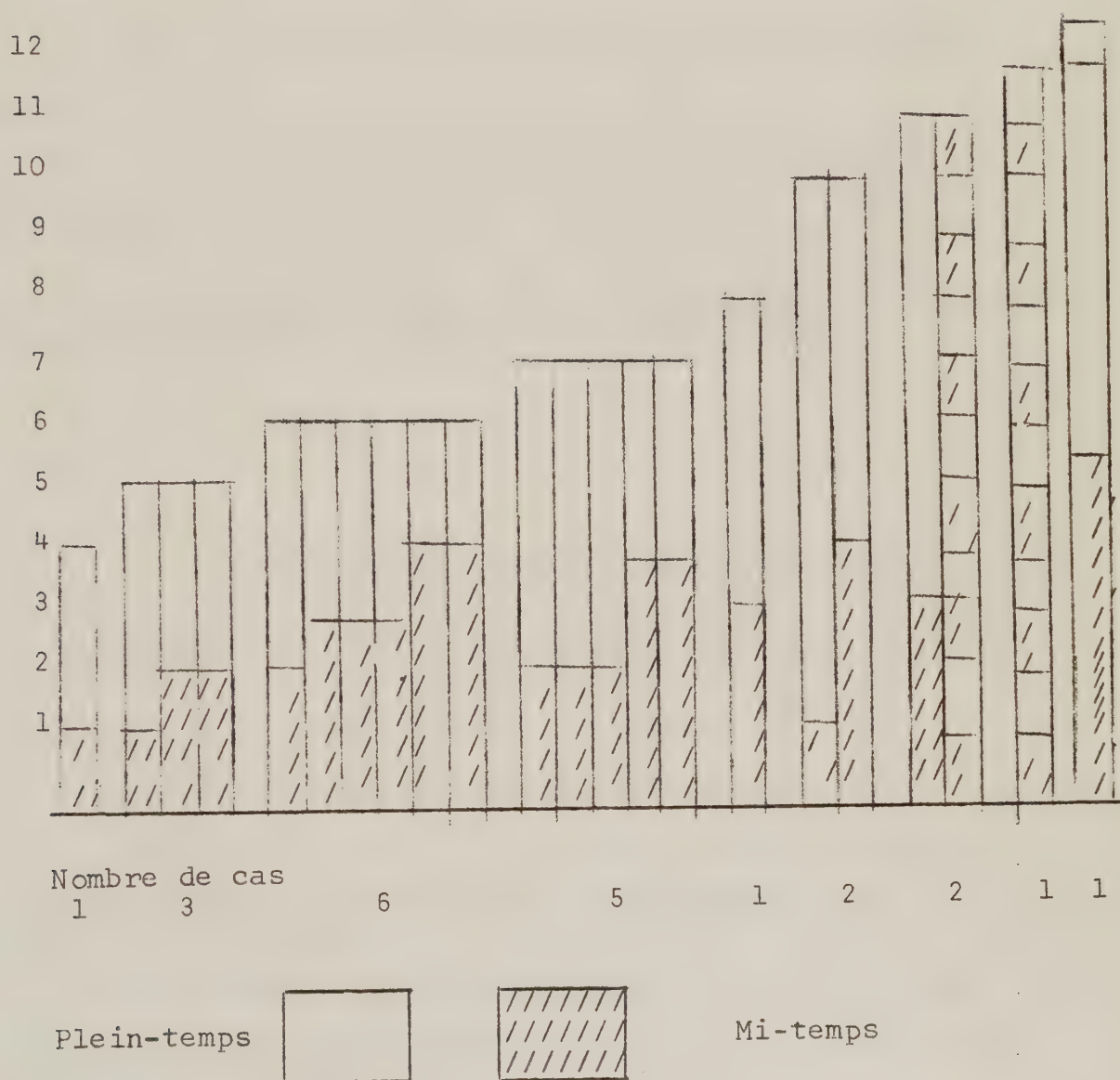
- 3 et 6 mois

Mais nous voyons que ces durées théoriques sont dans 31 cas / 91 dépassées .

Dans 22 cas sur 91 une partie du stage s'est effectuée à mi-temps, pendant des durées plus ou moins longues que nous avons consignées dans le tableau suivant:

Le rapport mi-temps./temps plein apparait plus élevé
pour les stages inférieurs à 6 mois :

Nombre de mois de stage



Enfin nous avons étudié les relations existant entre la durée d'arrêt de travail et la durée du stage de réentrainement.

sur 91 dossiers:

dans 60 cas la durée du stage était plus courte que celle d'A.T.
Dans 5 cas la durée du stage était égale à celle de l'A.T.
dans 19 cas la durée du stage était 1 à 2 fois celle de l'A.T.
dans 4 cas " " " " " 2 à 3 fois celle de l'A.T.
dans 1 cas " " " " " plus de 3 fois celle de l'A.T.
l'A.T.

soit 34% de stages égaux ou supérieurs aux A.T.

sur ces 34%

dans 19% des cas il s'agissait de A.T. de 0 à 3 mois
dans 6,5% des cas il s'agissait de A.T. de 3 à 6 mois.
dans 6,5% des cas il s'agissait de A.T. de 6 à 12 mois
dans 2% des cas il s'agissait de A.T. supérieurs à 12 mois

On voit donc que les arrêts de courte durée sont relativement plus invalidants que ceux de longue durée.

M- FREQUENCE ET IMPORTANCE DES INVALIDITES

Sur 91 dossiers, accidents et maladies, nous avons trouvé 21 cas soit 24% d'I.P.P. répartis comme suit:

13 cas d'I.P.P. pour accident du travail

8 cas d'I.P.P. pour accident de trajet

Par rapport aux accidents de travail étudiés:

21 sur 27 accidents de travail sont indemnisés soit environ trois accidents sur quatre.

Les tableaux suivants montrent la relation entre :

- 1) l'I.P.P. et la circonstance de survenue de l'accident
- 2) l'I.P.P. et l'étiologie de l'accident.

1 I.P.P. ET CIRCONSTANCE DE SURVENUE DE L'ACCIDENT

I.P.P.	Accidents de travail	Accidents de trajet
0 à 10%	6	1
10 à 20%	1	1
20 à 30%	1	1
30 à 40%	2	0
40 à 50%	1	1
50 à 60%	0	1
60 à 70%	1	1
70 à 80%	0	0
80 à 90%	1	1
90 à 100%	0	1

Les grandes I.P.P. intéressent un peu plus les accidents de trajet que les accidents de travail .

2- I.P.P. ET ETIOLOGIE

	% I.P.P.									
	0 à 10	10 à 20	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	60 à 70	70 à 80	80 à 90	90 à 100
Crane	1	1	1	1		1	1		1	
Tronc					1					
Epaule Bras	2			1						
Main	3	1							1	
Hanche Jambe			1							1
Pied					1					
I.P.P. pour A.T. non précisé							1			

Les traumatismes crâniens apparaissent comme les plus invalidants.

IV- DEVENIR DES OUVRIERS APRES LE STAGE DE REENTRAINEMENT

à l' EFFORT

A) Pourcentage de reprises

Sur 91 ouvriers ayant effectué un stage à l' Atelier Social, 87 ont repris:

soit 95,6% de reprises

Dans les non reprises nous trouvons:

- 1 licenciement chez un ouvrier de 33 ans qui n'acceptait aucun poste après unstage de 17 mois à l' Atelier Social.
- 1 départ par décision personnelle chez un ouvrier de 46 ans.
- 1 orientation sur la F.P.A. d'un ouvrier de 18 ans.
- 1 licenciement pour comitialité moyenne après trauma-crânien, après séjour d'un an et demi à l' Atelier et obtention d'une I.P.P. de 83%.

B) Incidence du handicap sur la vie professionnelle de l'ouvrier

Parmi les ouvriers qui ont repris le travail nous trouvons plusieurs situations:

- reprise au poste occupé avant l'arrêt de travail,
- reprise au poste antérieur mais aménagé ,
- changement de poste mais avec qualification équivalente
- changement de poste mais avec qualification différente

Nous relevons sur 87 reprises de travail :

Au même poste: 43 cas

Au même poste aménagé : 4 cas.

- 2 traumatismes crâniens(isolement phonique)
- 1 greffe de tympan (isolement phonique)
- 1 fracture L₁ et de jambe (poste assis) .

Avec changement de poste mais qualification équivalente: 32 cas

Avec changement de poste et qualification inférieure: 7 cas.

- 2 tuberculoses avec éthylisme
- 1 trauma crânien avec 23% I.P.P.
- 1 trauma crânien avec 55% I.P.P.
- 1 trauma crânien et comitialité avec 36% I.P.P.

.../...

- 1 Polytraumatisme avec 32% d'I.P.P.
- 1 écrasement des mains avec 85% d'I.P.P.

Nous voyons donc que dans la majorité des cas, la perte de qualification est couverte par l' I.P.P.

Avec changement de poste et qualification supérieure : 1 cas

Par acquisition de compétence technique lors du stage .

LE DEVENIR DES READAPTES AU DECOURS DU STAGE SE RESUME AINSI

91 stages de réentraînement

87 reprises

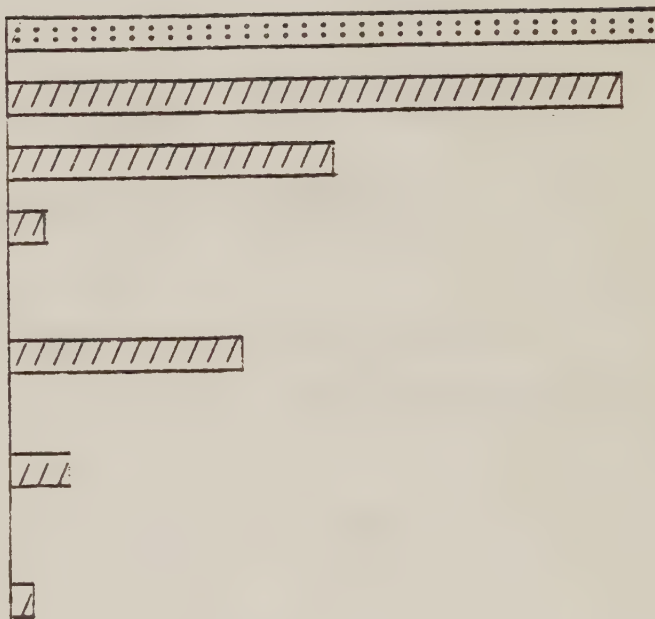
43 au même poste

4 à un poste aménagé

32 à un poste différent
mais qualification
égale

7 avec qualification
inférieure

1 avec qualification
supérieure



C- CAS D'ECHECS

Ils comprennent d'abord, au décours du stage :

- 2 cas de licenciement 1'un pour refus de tout poste en atelier normal, l'autre pour comitialité majeure,
 - 1 départ par décision personnelle .
- que nous avons cités plus haut au paragraphe (IV A) .

Après reprise temporaire du travail nous trouvons :

- 1) un cas d'échec assez spectaculaire pour que nous le citions :
il s'agit d'un ouvrier éthylique tuberculeux qui après une tentative de suicide avait du subir une amputation des deux jambes . Après un stage de 2 ans à l'Atelier Social et une patiente rééducation, un poste de man .uvre avait pu lui être attribué . lorsque un second suicide mit fin à ses jours . . .

- 2) Enfin, un ouvrier a été réorienté sur un centre de réadaptation pour handicapés . (trauma crânien ne s'adaptant à aucun poste) .

Donc au total 5 cas d'echecs sur 91 stagiaires. .

D- CAS OU L'ATELIER SOCIAL A PERMIS UNE PROMOTION

Nous avons noté deux cas :

- un cas d'acquisition de compétence à l'Atelier Social.
- un cas d'orientation sur la F P A d'un très jeune ouvrier accidenté pendant sa période d'essai .

E- DEVENIR DANS LES 3 ANS QUI ONT SUIVI LE STAGE .

Absentéisme

Sur les 87 reprises nous avons noté 9 cas d'absentéisme patent dans les années suivantes :

- 1 pour insuffisance respiratoire
- 5 pour éthylisme
- 3 pour comitialité .

- Départs postérieurs à la reprise de travail .

- 3 ouvriers ont quitté pour convenance personnelle
- 1 ouvrier a été licencié pour irascibilité
- 1 ouvrier a été licencié pour inaptitude
(mais I.P.P. 45%)
- 4 ouvriers ont eu une retraite anticipée . 2
2 avaient une I.P.P.

- Décès

- 1 cancer du poumon (53 ans)
- 1 insuffisance cardiaque (55 ans)

- Rechute de l'affection qui avait motivé le stage .

- Nous avons noté deux rechutes de tuberculose

Les conclusions de cette étude de la section réentraînement à l'effort seront exposées à la suite du chapitre relatif à la section " travailleurs âgés " .

II- LA SECTION " TRAVAILLEURS AGES"

Les travailleurs dits " âgés", occupent une place importante au sein de l' Atelier Social .

De 1951 à 1969, 600 ont été admis et leur nombre dépasse actuellement celui des ouvriers de la section de réentraînement .

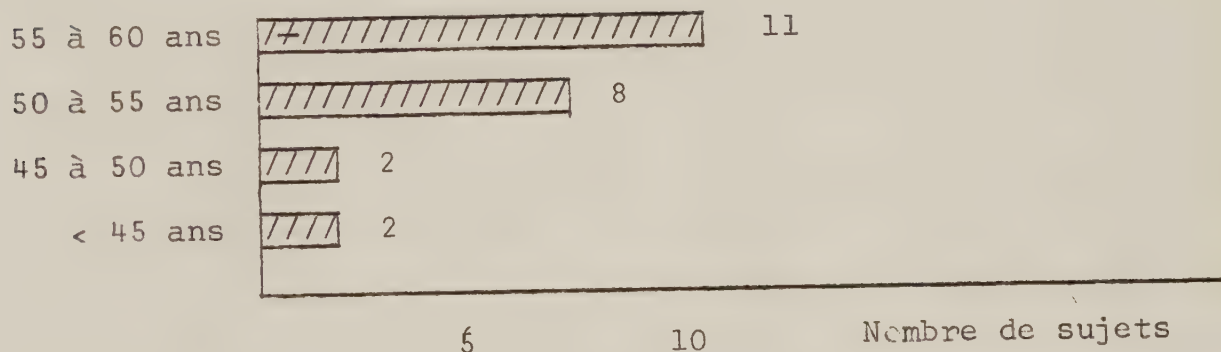
En 1969 on comptait 84 travailleurs "âgés" contre 69 ouvriers de la section réentraînement.

Il y a donc un " vieillissement" prématuré des ouvriers .

A l'époque où se situait la 1ère partie de notre étude, 41 travailleurs " âgés" avaient été admis à l' Atelier Social. Nous n'avons pu consulter que 23 dossiers. (ceux des ouvriers qui sont encore actuellement suivis)
Ce sont ces 23 cas que nous allons étudier brièvement .

a) Age au moment de l'admission à l'Atelier Social

Tranche d'âge



Nous voyons que l'âge est dans la moitié des cas inférieur à 55 ans .

b) Ancienneté à l'usine

- de 10 à 15 ans	1 cas
- de 15 à 20 ans	12 cas
- de 20 à 25 ans	7 cas
- de 25 à 30 ans	1 cas
au dessus de 30 ans	2 cas

C) Qualification

Nous trouvons : 4 manoeuvres
15 ouvriers spécialisés
4 ouvriers professionnels.

d) Motifs d'admission - Invalidités- horaires

Nous allons voir que les ouvriers admis à titre de travailleurs âgés sont souvent des "polyhandicapés".

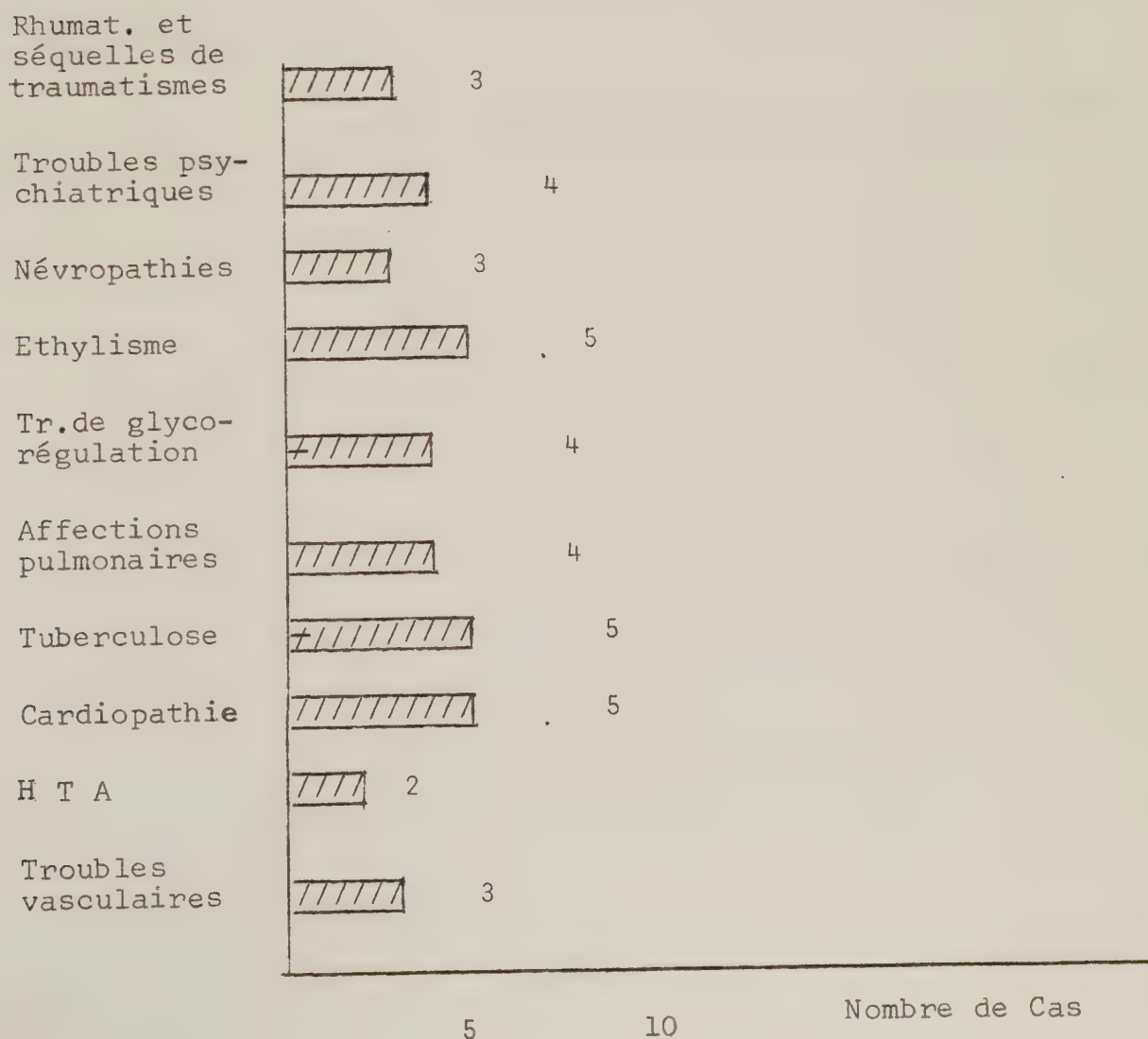
Nous avons résumé dans les tableaux suivants les affections présentées par ces ouvriers, les invalidités correspondantes, le mode de travail (plein temps / mi-temps) et l'absentéisme, ces points nous paraissant devoir être appréciés comparativement .

Age d'admission	Nature du handicap	Invalidité	Horaire de travail	Absentéisme
42 ans	Neuropathie avec amyotrophie et syndrome cérébelleux	n°2, handicapé physique	temps complet	0
51 ans	Silicose et tuberculose, obésité	67%	temps complet	0
53 ans femme	troubles psychiatrique (délire de persécution) psychasténie	0	plein temps	++
54 ans	Ancienne tuberculose, éthylisme surdité grave	0	temps complet	++
55 ans	malaises hypoglycémiques suite de gastrectomie	n°1 + IPP 17%	temps complet 1/2 temps alterné	0
58 ans	Tuberculose et polynévrite rattachée à l'I.N.H.	n°1	1/2 temps	0
49 ans	artérite des membres inférieurs et thrombose carotidienne	n°2	1/2 temps	0
46 ans	HTA Hémiplégie décollement de rétine	0	1/2 temps	0
46 ans	asthme-2 infarctus, artérite des membres inférieurs	n°1	1/2 temps	0
43 ans	Troubles vasomoteurs. Sympathectomie lombaire et thoracique, ob�s�t�	n°1	Plein temps	0

Age d'admission	Nature du handicap.	Invalidité.	Horaire de travail	Absentéisme
54 ans	Polyarthrose, troubles cardiaques petit diabète	n°1	Complet et 1/2 temps alternés	+++
52 ans	Troubles psychiatriques, psychasthénie, gastro entérostomie ancienne	0	temps complet	+
55 ans	caractériel (bagarre)	0	temps complet	0
57 ans	Néoformation pulmonaire avec grosses séquelles respiratoires	n°1	temps complet	0
59 ans	Insuffisance cardio-respiratoire	IPP 60% pour A.T.	temps complet	0
56 ans	Asthme Ethylisme	IPP 5% pour AT	temps complet	0
57 ans	Polytraumatisme avec grosses séquelles	IPP 20%	temps complet	0
58 ans	Ethylisme responsable d'accidents avec grosses séquelles, HTA	0	temps complet	+
52 ans	3 infarctus obésité	n°1	1/2 temps	+++
55 ans	Ethylisme troubles psychiatriques (amnésie) Diabète	n°1	temps complet	+

Age d'admission	Nature du handicap	Invalidité	Horaire de travail	Absentéisme
51 ans	néo du Larynx et tuberculose	0	temps complet	0
52 ans	Obésité-diabète tachycardie	n°1	temps complet	0
56 ans	Ethylisme-Traumatisme du membre sup. avec séquelles	IPP 40%	temps complet	0

Fréquence des diverses étiologies rencontrées
(souvent intriquées)



Les tableaux précédents montrent :

- la fréquence des affections intriquées
- le pourcentage élevé des invalidités .

- 11 cas sur 23

dont : - 9 invalidités n° 1

- 2 invalidités n° 2

- le travail à mi-temps est rencontré dans 5 cas et, dans deux cas, en alternance avec un temps complet, donc dans le 1/3 des cas .

Il s'agit donc d'atteintes souvent très invalidantes non compensées avec un travail même léger en atelier normal .

Il faut noter que dans la majorité des cas la mise à la retraite anticipée mettra fin au stage à l' Atelier Social .

S Y N T H E S E

Nous examinerons en premier lieu les conclusions relatives à la section " REENTRAINEMENT A L'EFFORT ".

L' Atelier Social de la Régie Renault se présente comme un exemple original de centre de réentraînement à l'effort; il est en effet situé dans le cadre même de l'usine, ce qui simplifie beaucoup la coordination des services administratifs et médicaux pour l'orientation en atelier protégé, et le reclassement dans le milieu de travail . Il faut insister sur l'importance de la rapidité avec laquelle les médecins du travail chargés du reclassement sont informés des postes disponibles .

Les obstacles au reclassement d'ordre administratif et social : (complexité des démarches, longueurs des délais d'attente, éloignement du Centre de reclassement, rupture avec le milieu habituel du travail) se trouvent ici réduits au minimum . L'ouvrier ne quitte pas son cadre de travail et est assuré d'être réintégré dans sa qualification antérieure .

L'importance des garanties salariales est évidemment déterminante quant à l'acceptation par l'ouvrier de la réadaptation . L'ouvrier peut sans préjudice , après accident ou maladie, se réadapter aux rythmes et horaires normaux de travail . Ceci réduit considérablement l'absentéisme qui se manifesterait en cas de reprise prématurée en atelier normal .

Mais ces garanties salariales offrent aux sujets peu scrupuleux la tentation de prolonger plus qu'il ne serait utile une situation assez confortable .

Cependant nous n'avons noté que quelques cas de sinistrose.

Les obstacles au reclassement tenant au sujet demeurent. Nous avons noté 5 cas d'echecs sur 91 stagiaires . Le faible degré de scolarisation ou de formation professionnelle semble , dans ces cas, devoir être moins retenus que des facteurs tels que l'éthylisme, des sujets d'un niveau aussi faible ayant, par ailleurs, été très coopérants .

Les principales conclusions portant sur les données administratives, professionnelles, médicales relatives à la population type d'Atelier Social, sont les suivantes:

Données administratives et professionnelles .

- Les Français et les Nord Africains sont les groupes ethniques les plus largement représentés à l' Atelier Social.

- On relève l'absence presque totale de formation professionnelle avant l'entrée à l'usine .

- L'ancienneté dans l'entreprise au moment de l'accident ou de la maladie est généralement élevée (28,5% entre 5 et 10 ans, 44% entre 10 et 30 ans d'ancienneté).

Données médicales .

La maladie apparaît 1,6 fois plus invalidante que l'accident .

Parmi les affections médicales on note la forte prédominance de la tuberculose (43%) avec électivité d'atteinte des Africains .

Les traumatismes présentent une fréquence d'environ trois accidents de trajet pour quatre accidents de travail. C'est la main qui est la plus fréquemment atteinte mais c'est le crâne qui est le plus invalidant .

C'est entre 40 et 55 ans que se situe la plus grande vulnérabilité à l'accident ou à la maladie avec prédominance pour cette dernière .

Les arrêts de travail de longue durée, sont les plus fréquents (40% sont supérieurs à 1 an).

Cependant les arrêts de courte durée motivent des stages de réentraînement relativement plus longs . (34% des stages ont une durée égale ou supérieure à celles des arrêts de travail).

La fréquence des I.P.P. est élevée : 3/4 des accidents de travail sont indemnisés . Il y a prédominance des I.P.P. inférieures à 50% et les grandes I.P.P. (supérieures à 50%) intéressent un peu plus les accidents de trajet que de travail.

Nous n'avons pas relevé d'invalidité pour maladie.

Le pourcentage des reprises est élevé (95%) Elles se font généralement sans préjudice professionnel, la plupart des ouvriers reprenant à un poste équivalent au poste occupé avant l'accident ou la maladie .

Le stage en Atelier Social peut en outre être le point de départ d'une promotion (orientation sur la F.P.A)

Enfin la Régie entre en contact avec les différents services de reclassement des handicapés lorsqu'elle est impuissante à résoudre certains cas.

oooooOooooo

- Nos conclusions relatives aux ouvriers admis à l'Atelier dans la section " TRAVAILLEURS AGES " sont brèves. En effet, il n'est plus question ici de reclassement mais plutôt d'une importante mesure sociale qui permet à ces travailleurs, prématurément vieillissés par leurs handicaps, le maintien d'une activité.

- On note leur importance numérique, d'ailleurs croissante au cours des dernières années, l'âge souvent précoce de leur admission, l'importance des handicaps qu'ils présentent, traduits par les invalidités qui leur sont attribuées et la fréquence des retraites anticipées.

Nous venons de voir que le reclassement des travailleurs handicapés de la Régie Renault se trouve résolu de façon privilégiée. Avant de conclure notre étude nous voudrions ouvrir une parenthèse sur les problèmes du reclassement des travailleurs handicapés, tels qu'ils se posent dans l'ensemble du monde du travail.

Nous avons essayé d'exposer, sous forme schématique, les processus de reclassement, la législation à l'appui et les droits des travailleurs dans chacun des cas envisagés.

Nous tenterons d'en dégager les principales critiques et quelques souhaits d'avenir.

oooooOooooo

Procédures de reclassement

Législation
Indemnités

Maladie ou
A.T.

Soins

Rééducation fonctionnelle

A.T.: Perception intégrale des indemnités journalières ou des rentes.

L.M.: idm. si plus de 2 enfants sinon réduction de 1/5 à 3/5 selon le nombre d'enfant .

Invalidité: comme ci-dessus

↓
Consolidation

Inaptitude actuelle à la
reprise d'un travail normal

↓
Bureau de la Main d'oeuvre
Agence nationale de
l'emploi

Loi du 23/11/57
Décret du 26/7/62 (art. 16)
Ordonnance du 13/7/67

↓ ↑
Commission Départementale
d'orientation des infirmes

Décret du 29/11/53
Circulaire MO du 15/11/55
Loi du 23/II/57 (art 2-13)
Circulaire du 10/7/67

Agit sur le plan départemental.

Sous-commission permanente

Décret R A P du 26/7/62
Décret du 6/7/66

Section des mineurs:

Décret du 25/11/64

I- Examen Médical

Peut-on considérer le
sujet comme travailleur
handicapé

- Le handicap est-il
temporaire ou définitif
- Dans quelle catégorie
entre le sujet: handicap
inférieur à 2 ans
handicap durable
handicap grave, définitif
- Quelle orientation donner
- date approximative de
la reprise de travail

II- Examen psychotechnique

III- Enquête sociale

IV- Enquête de placement

Décret du 26/7/62 (art.16)

(renseigne la C D O I
sur les possibilités
effectives d'emploi pour
handicapés.



Avis de la C D O I

- Reconnaissance de la
qualité de travailleur
handicapés

- Orientation

A

B

Diminués Prof.
Postes résér-
vés
Ateliers
protégés

Placement
Réemploi

C

Rééducation
Professionnelle

A+ Postes réservés
Atelier Protégé

La C D O I se prononce
sur l'aptitude du candi-
dat à un tel emploi
immédiat ou différé

Décret du 20/7/1959
Circulaire du 25/8/1960
Circulaire du 21/1/1964
Décret du 14/9/1964
Décret du 16/12/1965
Circulaire du 21/9/1966
Arrêté du 17/1/1968

Secteur public

→ Salaires correspondants à l'emploi
maintien, rente ou invalidité

Centre de distribution
de travail à domicile

Loi du 23/11/57 (art 21)
Art.168 du Code de la Famille et de
l' Aide Sociale

Atelier protégé

Loi du 23/11/57 (art.20-21-24-25)
Circulaire du 18/12/64
Circulaire du 12/11/65

Les travailleurs sont
assurés sociaux

→ Salaire proportionné à son rendement

Centre d'Assistance par
le travail
en internat

Décret du 15/5/1961 art. 6

(agréé au titre de ———→
l' Aide Sociale)

50% du salaire et jusqu'à 90% des
ressources personnelles sont
reprises par le Centre .

les travailleurs sont
Assurés Sociaux

Placement direct- Réemploi

Priorité d'emploi

Arrêté du 20/9/63
du 11/II/67

- Emploi à mi-temps
et emplois légers
(secteur privé)

Loi du 23/11/67 (art 20)

→ il y a maintien en tout ou partie
de l'indemnité journalière
(ord. du 19/10/45)
(décret du 20/5/55)
pendant une durée allant jusqu'à
4 ans .

Le salaire est normalement celui
applicable aux catégories profes-
sionnelles identiques normales ,
mais il peut y avoir abattement
de 10 à 20% selon le rendement .

Pour le Secteur Public
(voir A)

C- Rééducation professionnelle

" tout travailleur handicapé
peut bénéficier d'une
réadaptation, d'une réé-
ducation, ou d'une
formation professionnelle
durant lesquelles il
continue à jouir des
avantages que lui
confèrent les statuts des
régimes dont il relève"

Loi du 23 novembre 1957
(art. 6)

Tout établissement de plus de 5000 ouvriers doit assurer le réentraînement à l'effort et la rééducation professionnelle de ses malades et blessés

Loi du 23 novembre 1957 (art.7)

—————> Maintien des indemnités journalières des rentes ou invalidités

Sont prévus:

- attributions d'allocations de rééducation

Loi du 26 Juil.62 (art 9-10)
Décret du 24/11/1962
Circulaire du 18/4/1963

- Désignation des centres habilités à assurer la rééducation professionnelle des T.H.

Loi du 26/7/62 (art. 11)

- attribution en fin de stage de prime de reclassement

Décret du 24/11/1962
(prime de 300 à 500 frs)

- attribution de prêts d'honneur

Loi du 23/11/57 (art.24)
du 21/2/67
(Max: 20.000 frs/20 ans 2%)

La rééducation peut se faire:

A- dans les centres spécialisés: loi du 26/7/62 (art.11)
agréés par la S.S.

acquisition d'un C.A.P.
ou C.F.P.A. en
1040 H.

en internat —————> Maintien des indemnités journalières des rentes ou invalidité
+ ASSEDIC

en externat —————> id.+ indemnité de transport .

- + frais de rééducation
- + frais de séjour
remboursement des appareils de
prothèse
- + indemnités ASSEDIC

B- Rééducation professionnelle Circulaire 12/10/1953
avec contrat chez l'employeur (Travail et Sécurité Sociale)

de 3 mois à 1 an

l'employeur s'engage à —————> mêmes droits qu'en rééducation en
garder l'ouvrier une durée externat (à la charge de la
double de celle du stage S.S.)
+ salaire réduit .
(à la charge de l'employeur)

C- Rééducation professionnelle
chez l'artisan. arrêté du 6 avril 1966

l'artisan garde sa qualité
"d'artisan fiscal") —————> id. ci -dessus

Le résumé précédent montre assez la complexité des procédures de reclassement, sans qu'il soit utile d'y insister .

Dans tous les cas, il faut tâcher d'écourter les délais de mise en route de la rééducation professionnelle

- Après consolidation les indemnités A.T. cessent et le travailleur pour lequel n'est pas intervenu de solution, doit s'inscrire au chômage .

- L'orientation dans les services de reclassement devrait se faire dès la rééducation fonctionnelle. Or il y a souvent incertitude diagnostique sur l'avenir de l'handicapé et manque de liaison entre service de rééducation et services médicaux du lieu de travail de l'intéressé .

d'autre part l'intéressé admis précocement en rééducation professionnelle peut " ne pas récupérer " pour tenter d'obtenir une I.P.P. - attendre la décision d'attribution (ou de refus) de cette I.P.P., est évidemment aller contre la précocité de la rééducation professionnelle .

La rééducation professionnelle devrait engager au maximum la participation de l'ouvrier .

Il est essentiel que l'ouvrier se sente travailleur et non infirme assisté .

- La placement à des postes réservés, le placement direct chez l'employeur sont les meilleures solutions - la moins bonne étant celle des centres d'assistance par le travail où l'ouvrier doit "payer pour travailler".

La rééducation professionnelle devrait, chaque fois que cela est possible, être faite au niveau même de l'entreprise

Nous savons que pour les entreprises de plus de 5.000 ouvriers c'est une obligation légale. Ne pourrait-on pas concevoir un regroupement inter-entreprise aboutissant à la prise en charge des travailleurs handicapés de ces entreprises, avec garantie de réemploi dans ces mêmes entreprises ?

Dans le cas d'Ateliers protégés ceux-ci pourraient être "annexés" aux entreprises locales .

C O N C L U S I O N S

Dans le rapport de la commission de l'équipement sanitaire et social du Vème Plan , en 1966, on relevait l'existence de 4650 places en rééducation professionnelle contre 10.000 nécessaires en 1970.- et de 3850 places en ateliers protégés contre 24.000 nécessaires en 1970.

Ces besoins croissants ne pourraient-ils conduire à intéresser d'avantage les entreprises aux problèmes des travailleurs handicapés ?

Au terme de l'étude que nous avons tenté de faire sur l' Atelier Social de la Régie Renault, nous soulignons l'importance d'une continuité entre les différents services auxquels se trouve affronté l'ouvrier malade ou accidenté, l'Ergothérapie réalisée à la Régie Renault semble tirer son efficacité de cette harmonie .

oooooooooooooooo

B I B L I O G R A P H I E
CONCERNANT
L E S T R A V A I L L E U R S H A N D I C A P E S

RECLASSEMENT DES HANDICAPES DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL

I. GENERALITES

GUIDE NERET DES HANDICAPES.

Mise à jour 1969. Paris, Editions Neret, 478 p.

GUIDE PRATIQUE DU RECLASSEMENT (Liste des ateliers protégés pour la France)

Mise à jour 1969. Paris, Service de documentation pour la réadaptation, 250 p.

GUIDE POUR LE PLACEMENT SELECTIF DES INVALIDES

Genève, Bureau International du Travail, juin 1968, 74 p.

BALLAN et ARNAUDET.

Etude ergonomique de postes pour handicapés.

Xèmes journées nationales de Medecine du travail. Grenoble, sept. 1968

Paris, Masson, 1969, pp. 175-178

ARNAUD, M.

Les possibilités de promotion en rééducation professionnelle.

Réadaptation, janv. 1969, n° 156, pp. 31-32

CATALINA, M.-J.

Les handicapés. Essai de synthèse. Activité de la Commission

départementale d'Orientation des Handicapés et sa section de placement

Thèse Medecine Clermont-Ferrand, 1964, 63 p.

CORNUAU, M. et Coll.

Etude schématique de postes et travailleurs handicapés.

Xèmes Journées nationales de Medecine du travail. Grenoble, sept. 1968

Paris, Masson, 1969, pp. 179-181

GIRONDE, J.

L'application de la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 10-20 juill. 1968, 44, n° 13, p. 255

GIRONDE, J.

La rééducation professionnelle garantit-elle l'emploi ?

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 10-20 juill. 1968, 44, n° 13, pp. 250-252

GIRONDE, J.

Bilan de huit années d'éducation pédagogique et de rééducation spécialisée en vue d'une orientation professionnelle.

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 2 janv. 1965, 41, n° 1, pp. 12-14

GIROND, J.

Le reclassement professionnel de la région parisienne.

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 8 déc. 1962, 38, n° 25, pp. 960-963

GROUPE d'AUTEURS

Le travail des handicapés.

Chronique sociale de France, janv.-févr. 1966, n° 1, 104 p.

GROUPE d'AUTEURS

Rééducation fonctionnelle et reclassement professionnel.

Journées d'Etudes de la F.N.O.S.S., Paris, 20-21 avril 1964

Notes et Documents de la F.N.O.S.S., 1964, n° 15-16, 143 p.

FEDERATION NATIONALE DE MUTILES DU TRAVAIL

Conférence juridique nationale, Nancy, 9 sept. 1967

Bul. Med. Lég., Lyon, nov.-déc. 1967, 10, n° 6, pp. 306-308

LAGESSE, M.

L'appareil administratif est-il un instrument adapté au processus du reclassement professionnel ?

Réadaptation, janv. 1969, n° 156, pp. 33-35

LAPIERRE, M.

Les handicapés physiques et l'activité professionnelle. Rééducation, reclassement, étude des structures d'accueil.

Hommes et Techniques, déc. 1968, n° 290, pp. 1037-1062

MARIN, A.

Problèmes psychologiques pour le reclassement.

Arch. Mal. Prof., 1968, 29, n° 4-5, pp. 233-239

MAURANGES, P.

Expériences étrangères de travail protégé.

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 10-20 juill. 1968, 44, n° 13, pp. 248-249

MAURANGES, P.

Le placement des handicapés sans emploi. La Commission d'Orientation des infirmes et placement spécialisé.

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 20 févr. 1965, 41, n° 4, pp. 75-77

MAURIN, P.

Réadaptation des sujets accidentés (dépistage des anomalies psychomotrices ou caractérielles de nature à prédisposer aux accidents et à compromettre la réadaptation du sujet accidenté.

Revue Médicale Minière, 1962, 15, n° 45, 46 p.

MIROT.

Problèmes posés aux Médecins du Travail par la rééducation et le reclassement des handicapés physiques.

Techn. Sec. Hyg. Trav., 1965, n° 7, pp. 11-15

NAMECHE, J.

Les conditions et possibilités de formation et d'intégration sociale en cas d'handicaps associés.

Comme les Autres, 4ème trimestre 1968, n° 18, pp. 16-24

VEIL, Cl.

Handicap et société.

Paris, Flammarion, 1968, 217 p.

Réadaptation fonctionnelle et professionnelle.

Suppl. à la Rev. Prat., 1er Janv. 1965, 15, n° 1, pp. 1-8

II. ATELIERS PROTEGES

GUIDE PRATIQUE DU RECLASSEMENT

Liste des ateliers protégés pour la France.

Mise à jour 1969. Paris, Service de Documentation pour la Réadaptation
250 p.

Les Etablissements de travail protégé.

Informations actualités de la Santé Publique et Population, mai -
juin 1965

MONTES, Fr.

Le travail protégé.

Réadaptation, 1968, n° 141, pp. 7-14

MONTES, Fr.

Le temps de travail et les rémunérations dans les ateliers protégés.

Réadaptation, 1968, n° 152, pp. 7-18

VINAY, Melle

Le travail protégé en France

Mémoire sous la direction du Pr. Desoille (1966-1967)

1 broch., ronéot., 63 p.

III. LEGISLATION

(Voir les principaux textes législatifs relatifs au reclassement
professionnel in : GUIDE PRATIQUE DU RECLASSEMENT. Mise à jour 1969
pp. 6 à 12

IV. RECLASSEMENT DES CARDIAQUES

BROUSTET, P., BRICAUD, H., SAGARDILUZ, J. et DALLOCHIO, M.

Le problème de la réadaptation des cardiaques.

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 10-20 juill. 1968, 44, n° 13, pp. 243-
248 (Bibl.)

DELAHAYE, Pr.

Le reclassement professionnel des cardiaques

Revue Lyonnaise de Medecine, 15 mai 1968, 17, n° 9, pp. 443-445

DERVILLEE, Et. et DUTASTA, P.

Considérations sur le reclassement des handicapés professionnels
d'origine cardio-vasculaire au sein de l'entreprise.
Arch. Mal. Prof., 1967, 28, n° 9, pp. 706-709

HATTINGBERG

Problèmes psychologiques et expériences dans le traitement de
réadaptation au travail des porteurs d'infarctus du myocarde.
Psychother. Psychosom., 1968, 16, n° 4-5, pp. 233-248 (Bibl.)

KOENIG, K.

Réadaptation des cardiaques. Méthodes d'explorations fonctionnelles.
Arch. Mal. Prof., 1965, 26, n° 7-8, pp. 397-403

MILLER, M.G. et BREWER, J.

Rééducation du malade ayant une cardiopathie ischémique.
Med. J. Australia, 22 fév. 1969, 56, vol. I, n° 8, pp. 410-416 (Bibl.)

MOSINGER, M. et LUCCIONI, R.

Réhabilitation professionnelle des malades atteints d'infarctus du
myocarde. A propos de 33 observations.
Arch. Mal. Prof., 1968, 29, n° 10-11, pp. 573-576

NAUGHTON, S., BRUHN, J., LATEGONA, M.T. et WHITSETT, T.

Réadaptation après infarctus du myocarde.
Amer. J. Med., mai 1969, 46, n° 5, pp. 725-734 (Bibl.)

V. RECLASSEMENT DES TUBERCULEUX et INSUFFISANTS RESPIRATOIRES

ALBECQ

Réadaptation des tuberculeux ostéo-articulaires
Réadaptation, mars 1966, n° 128, pp. 13-17

BAILET, R.

L'orientation professionnelle en vue du reclassement professionnel
des tuberculeux stabilisés ou guéris.
Arch. Mal. Prof., 1959, 20, n° 5, pp. 479-498

BELBENOIT, S.

La reprise du travail des tuberculeux dès les premiers mois de
traitement.
Rev. Tuberc. (Paris), 1968, 32, n° 7, pp. 923-929

BERNARD, A., PRETET, S. et ABADI, Mme

Enquête sur le devenir médico-social de tuberculeux pulmonaires
traités pour la première fois.
Rev. Tuberc. (Paris), 1965, 29, n° 7-8, pp. 503-558

ARMSTRONG, NORKMAN, HURT et ROEMICH

Evaluation de la capacité de travail chez les malades pulmonaires.
Amer. Rev. Resp. Dis., 1966, 93, n° 1-2, pp. 90-99 (Bibl.)

DUPRES et CHAHUKEAU

Rééducation des insuffisants respiratoires.
J. Kinésithérapie, janv. 1969, n° 166, p. 5

GROUPE d'AUTEURS

Nouveaux aspects de la réadaptation des tuberculeux.
Réadaptation, juin 1966, n° 131

GUILHEM, G.

Rééducation professionnelle du tuberculeux pulmonaire. Etude de
365 cas observés au cours de l'année 1960.
Thèse Medecine, Paris, 1966, 108 p.

JOLAIN, A.

Réinsertion sociale des asthmatiques.
Thèse Medecine, Paris, 1965, 85 p.

KATONA, L.

Capacité de travail des tuberculeux pulmonaires guéris.
Praxis, juill. 1968, 22, n° 7, pp. 442-450

MORALES, F.X.

Rééducation respiratoire chez les emphysémateux bronchitiques et
asthmatiques.
Kinesithérapie, avril 1967, n° 34, pp. 11-13

MOREL, PELTIER et ROUTIER.

La réadaptation des asthmatiques.
Réadaptation, 1965, n° 116, pp. 35-36

STEVENET, P.

Problèmes sociaux chez les insuffisants respiratoires.
Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 1961, 37, n° 18, pp. 133-134

V. RECLASSEMENT DES DIABETIQUES

AUBERTIN, E. et AUBERTIN, J.

Possibilités d'activité sociale des diabétiques soumis à l'insuline.
Gazette des Hôpitaux (Paris), 10 juin 1967, 139, n° 16, pp. 837-845

COOK, P.M.

L'emploi des sujets diabétiques.
Med. J. Australia, 8 mai 1958, vol. I., n° 10, pp. 320-323

FRIEDMAN, G.J.

Possibilités d'emploi des diabétiques.
New York State J. Med., 1966, 66, n° 12, pp. 1662-1669 (Bibl.)

GUYENOT, E. et MAS, P.

Problèmes posés par l'orientation et l'utilisation professionnelle
des diabétiques.
Montpellier Med., 1962, 105, n° 1, pp. 110-114

MEHL, J. et VOST, E.

Le diabétique en regard de la médecine du travail.
Arch. Mal. Prof., 1965, 26, n° 1-2, pp. 71-76

RATHERY, M.

La réadaptation du diabétique.
Gazette medicale de France, 1959, 66, n° 17, pp. 1287-1296

WYSHAK, G., SNEIGIREFF, L.S. et LAW, A.F.

Cardiacs and Diabetics in Industry.
Springfield, G. Thomas Publ., 1961, 280 p.

VII. RECLASSEMENT DES ALLERGIQUES

Réadaptation des allergiques.
Réadaptation, févr. 1963, n° 97

MUSSO, E.

Allergie et travail
Arch. Mal. Prof., 1959, 20, n° 4, p. 449

PUISSANT, A.

Réadaptation des dermatoses professionnelles.
Arch. Med.-Chir. Normandie, janv. 1959, n° 184, pp. 279-283

ROGUET, J.

Réadaptation professionnelle et sociale des allergiques.
Ouest Medical, 1965, 18, n° 4, pp. 180-183

SUBIZA, M.

Problèmes sociaux posés par l'allergie en médecine du travail.
Med. Secur. y Trab., 1956, 2, n° 17, pp. 43-60

VIII. RECLASSEMENT DES ETHYLIQUES

GODARD, J.

Le médecin du travail et l'alcoolisme
Paris, Le documentation française, 1966, 95 p.

GODARD, J.

Alcoolisme et médecine du travail.
Rev. Prat., 1964, 14, n° 4, pp. 437-440

GUILLEMOT, Mme A.

Problèmes posés par le reclassement professionnel des alcooliques.
Thèse Médecine, Paris, 1967

HAMONEAU, G.

Contribution à l'étude de l'organisation de la lutte antialcoolique
au sein d'une collectivité professionnelle. Résultats de 5 années
de travail à la S.N.C.F.
Thèse Médecine, Lyon, 1957

METZ, B.

Boissons et travail.

Suppl. à la Rev. Prat., 1er fév. 1968, 18, n° 4, pp. 1-6

METZ, B.

Les boissons en milieu industriel.

Journées d'études sur l'alimentation des travailleurs, Paris, 13
avril 1964

Bull. Soc. Sc. Hyg. Alim., 1964, 52, n° 4-5-6, pp. 144-156

METZ, B. et MARCOUX, F.

Alcoolisme et accidents du travail.

Arch. Mal. Prof., 1960, 21, n° 12, pp. 750-752

TODOSCOFF

Contribution à l'étude de l'alcoolisme chronique et des accidents
du travail.

Concours Med., 1956, 78, n° 44, pp. 4575-4583 (Bibl.)

IX. RECLASSEMENT DES EPILEPTIQUES

La réadaptation des épileptiques.

Réadaptation, 1965, n° 121

JONES, J.G.

Les emplois des épileptiques.

Lancet, 4 sept. 1965, n° 7410, pp. 486-489 (Bibl.)

MAURANGES, P.

La médecine du travail devant l'épileptique.

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 2 janv. 1967, 43, n° 1, pp. 5-7

RISER, M. et Coll.

L'épileptique au travail.

VIèmes Journées nationales de Médecine du travail. Toulouse, oct. 1960

Arch. Mal. Prof., 1961, 22, n° 11, pp. 561-565

TROTOT, R., VEIL, C. et LAMBERT-TROLLAT

Contribution à l'étude de l'épileptique au travail.

Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 14 juill. 1959, 35, n° 58-59, pp. 705-713

TUFEL, Cl.

Epileptiques et réadaptation socio-professionnelle.

Thèse Medecine, Paris, 1966, 186 p.

X. RECLASSEMENT DES TRAUMATISES CRANIENS

COMITE MIXTE DU CONSEIL DE L'EUROPE POUR LA READAPTATION ET LE REEMPLOI
DES INVALIDES.

Recommandations sur la réadaptation des blessés crâniens.

Arch. Mal. Prof., 1961, 22, n° 12, pp. 808-813

LECOCQ, J.

Maintien du travail des épileptiques et anciens traumatisés du crâne
dans l'industrie métallurgique.

Pres. Med., 1963, 71, n° 47, pp. 2273-74

LEWIN, W.

La rééducation des traumatisés du crâne.

Brit. Med. J., 1968, 1, n° 5590, pp. 465-470

OBERLIN, S.

Les traumatisés crâniens dans les milieux du travail. Le problème
de leur reclassement à la S.N.C.F.

Arch. Mal. Prof., 1961, 22, n° 10, pp. 551-557

PINGOUD, M.R.

Traumatisés crâniens et reclassement professionnel. Etude de 256
dossiers traités au Centre de Reclassement professionnel de la Caisse
primaire centrale de la Sécurité Sociale de la Région parisienne,
en 1957-1958.

Thèse Médecine Paris, 1959, 156 p.

PINGOUD-RODRIGUEZ, M. et KOMAROVER, I.

Réadaptation des traumatisés crâniens.

Réadaptation, 1960, n° 75, pp. 5-12

PIRET PILACHON, J., BARON, J.B. et FILLIOZAT, R.

Réadaptation du traumatisme crânien.

Arch. Mal. Prof., 1965, 26, n° 7-8, p. 412

ROUZAUD, M. et LUTIER, J.

Les facteurs psychologiques et psycho-sociaux dans la réadaptation
des traumatismes du crâne.

Arch. Mal. Prof., 1961, 22, n° 10, pp. 525-527 (Bibl.)

XI. RECLASSEMENT DES RHUMATISANTS ET HANDICAPES MOTEURS

Réadaptation des paraplégiques

Réadaptation, févr. 1964, n° 107

La spondyl-arthrite-ankylosante.

Réadaptation, avril 1966, n° 129

ALBERCQ et PARACHINI

La réadaptation des traumatisés au travail.
J. Kinésithérapie, avril 1964, n° 119, pp. 3-7

DEMOS

Myopathies et problèmes de réadaptation.
Réadaptation, 1965, n° 118, pp. 7-10

EARLY, P.F.

Réadaptation des sujets amputés au genou.
Brit. Med. J., 1968, 4, n° 5628, pp. 418-421

FISLENICZ, P.

Le Handicapé moteur et la société.
Thèse Médecine Paris, 1967, 49 p.

GROUPE d'AUTEURS

Etude du comportement des paralysés et amputés. Problèmes posés
par le reclassement.
Bull. du C.E.R.P., 1959, 8, n° 4, 8 p.

KLEIN

Reclassement des arthritiques et des malades ayant une arthrite
traumatique.
Arch. Env. Hlth, 1962, 4, n° 5, pp. 488-489

KOMAROVER, I. et DUQUESNE, A.M.

Réinsertion socio-professionnelle des amputés des membres inférieurs.
Réadaptation, nov. 1968, n° 154, pp. 33-39

MAURANGES, P.

Le reclassement par placement direct des handicapés physiques.
Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 20 oct. 1966, 42, n° 15, pp. 312-315

MAURY, M., DURAND, Melle, AUDIC, M., MASSE et MARTIN.

Réadaptation des travailleurs porteurs de lésions de la colonne
vertébrale, et de la moelle épinière.
Réadaptation, 1964, n° 107, pp. 19-30

MURIEL, J.

Expériences de formation professionnelle pour les jeunes myopathes.
Réadaptation, 1965, n° 118, pp. 27-30

OLTRAMARE

Rhumatisme et profession.
Med. et Hyg., 1969, 27, n° 868, pp. 497-498

PIERQUIN, L.

Rééducation fonctionnelle. Réadaptation socio-professionnelle des
handicapés moteurs.
Presse Thermale, 1969, 106, n° 2, pp. 69-75

PIERQUIN, L. et Coll.

Réadaptation fonctionnelle professionnelle et sociale des amputés
du membre supérieur.
Réadaptation, avril 1962, n° 89

ROSSIER, A.

Rééducation fonctionnelle et réintégration sociale des paraplégiques.
Zstch. f. Unfallmed., 1964, 57, n° 1-2, pp. 162-181

TARDIEU, G.

Perspectives et réalisations du reclassement professionnel des
infirmes moteurs cérébraux.
Ann. Med. physique, 1959, 2, n° 3, pp. 163-167

VAILLANCOURT, G.

L'arthritique face au travail.
Union med. Canada, 1960, 89, n° 1, pp. 78-87

XII. RECLASSEMENT DES HANDICAPES PSYCHIQUES

Le travail du malade mental

Séance médico-sociale de la Soc. Med. Trav. Lyon, 23 avril 1966
C.R. in : Arch. Mal. Prof., 1967, 28, n° 3, pp. 383-386

ANDLAUER, P.

Le reclassement des handicapés mentaux dans les services de main
d'oeuvre.
Rev. Lyon. Med., 1967, 16, n° 16, pp. 677-678

CHEADLE, CUSHING, DREW et MORGAN

Mesure des performances de travail de malades psychiatriques.
Brit. J. Psychiatr., 1967, 113, n° 501, pp. 841-846 (Bibl.)

DEMANGAT, M. et AUGÉYROLLES, R.

Problème de la réadaptation des handicapés mentaux.
Arch. Mal. Prof., 1968, 29, n° 10-11, pp. 650-653

DOURY-LAUDON, L. et Coll.

Accueil et reclassement du malade mental dans l'entreprise. Les
difficultés de la rencontre entre le médecin du travail et le
malade mental.
Rev. Lyon. Med., 1967, 16, n° 16, pp. 663-669 et
Arch. Mal. Prof., 1967, 28, n° 3, p. 384 (Résumé)

LAURENT, Ph.

Les responsabilités médicales de la réinsertion professionnelle
avec handicap psychique.
Med. et Collect., 1969, 15, n° 2, pp. 95-99

OUVRIER-BUFFET, B.

Contribution à l'étude du devenir professionnel des malades mentaux
d'après une enquête médico-sociale.
Thèse Médecine Lyon, 1969 et
Lyon Med., 1969, 222, n° 29, pp. 141-142

SIVADON, P.

La reprise d'une activité professionnelle dans le cadre d'un Centre
de post-cure psychiatrique.
Arch. Mal. Prof., 1961, 22, n° 11, pp. 669-675

TIZARD et O'CONNOR

Adaptation professionnelle des grands déficients mentaux.
Lancet, 1952, 263, n° 6735, pp. 630-633 (Bibl.)

VEIL, Cl.

Données pratiques sur le reclassement professionnel des malades mentaux.

Ann. Med.-Psychol., 1956, 114, n° 2, pp. 273-280

WULFF, M.H.

Expérience avec les ateliers protégés pour les malades psychiatriques sortis de l'Hôpital.

Acta psychiatr. Scand., 1966, 42, suppl. 192, pp. 232-249

XIII. RECLASSEMENT DES DEFICIENTS VISUELS, AUDITIFS

Les diminués sensoriels. Reclassement des aveugles. Reclassement des sourds.

Réadaptation, 1958, n° 51

CHAMBERT, C.

La rééducation fonctionnelle et la réinsertion au travail des aveugles récents.

Arch. Mal. Prof., 1967, 28, n° 3, p. 373

DUPUY, J.

Handicapés visuels et activité professionnelle
Hommes et techniques, 1968, n° 290, pp. 1063-1068

MAURANGES, P.

Les borgnes dans les professions du Bâtiment et des Travaux Publics
Sem. Med. (Sem. Hôp. Paris), 2 juin 1967, 43, n° 11, pp. 210-212

REDLET, M.

Formation professionnelle et reclassement des handicapés visuels.
Réadaptation, 1959, n° 61, pp. 16-18

Réadaptation des aveugles récents.

Sem. Med., (Sem. Hôp. Paris), 2 juin 1966, 42, n° 11, pp. 218-220

XIV. RECLASSEMENT DES HEMOPHILES.

IZARN, P.

L'insertion professionnelle des hémophiles
Réadaptation, 1969, n° 167

MARTIN, RUSINOW et DUDAN.

Difficultés rencontrées par les hémophiles dans le choix et l'exercice de leur profession.

IIIème Congrès de la Fédération mondiale des Hémophiles. Paris, 1965

XV. RECLASSEMENT DANS LES DIVERS GROUPES PROFESSIONNELS

FAURE, M.

Possibilités de reclassement des agriculteurs handicapés physiques
Réadaptation, 1967, n° 141, pp. 21-25

CANIVET, m.-Cl.

A propos du reclassement des handicapés physiques d'origine agricole.
Réadaptation, 1967, n° 141, pp. 15-20

GROUPE d'AUTEURS

La réadaptation des handicapés en milieu rural.
Réadaptation, 1962, n° 87, pp. 5-35

DELMAS, R.

Quelques aspects de l'orientation professionnelle et du reclassement
dans les professions du Bâtiment et des Travaux Publics.
Journée d'études semestrielle du Groupement des Medecins du travail
du B. et des T.P., Paris, 19 déc. 1961, pp. 149-166

GARNIER, A.

Devenir des handicapés après maladie ou accident dans les entreprises
du Bâtiment.
Toulouse, Institut de medecine et d'Hygiène industrielle, 1969,- 1
brochure, 74 p.

POINGT, R.

L'emploi des diminués physiques dans les industries électro-mécaniques
Réadaptation, 1960, n° 71, pp. 13-22

DUJOL, R.

Le reclassement des handicapés à l'intérieur d'une usine de métallurgie
Arch. Mal. Prof., 1966, 27, n° 9, pp. 725-726

DOROCANT, R.

Le reclassement des blessés et des malades en milieu minier.
Thèse medecine Strasbourg, 1961-1962

BERNARD, M.

Reclassement professionnel des conducteurs de Poids Lourds et de
Transports en commun.
Arch. Mal. Prof., 1962, 23, n° 9, pp. 594-596

UGOLINI, M.

Reclassement des conducteurs routiers.
Réadaptation, 1965, n° 122, pp. 30-33

ANDRES

Le reclassement des diminués physiques dans une collectivité de
travail portuaire.
Thèse medecine Strasbourg, 1962, 102 p.

GROUPE d'AUTEURS

Essai de reclassement par postes réservés des travailleurs handicapés
dans une usine sidérurgique.

Arch. Mal. Prof., 1958, 19, n° 4, pp. 401-433

VIEUX, N.

Le reclassement des handicapés dans une raffinerie de pétrole.

Arch. Mal. Prof., 1969, 30, n° 7-8, pp. 445-446

T A B L E D E S M A T I E R E S

L'Atelier Social de la Régie Renault	p. 2
La Section " Réentraînement à l'effort"	p. 9
La Section " Travailleurs âgés "	p. 32
Synthèse	p. 39
Législation	p. 42
Bibliographie	p. I

Vu le Président de Thèse

H. DESOILLE

Vu le Doyen de la Faculté

G .BROUET

Vu et Permis d'imprimer
le Recteur de l' Académie de Paris

R. MALLET

